

Imię i nazwisko:

PESEL:

Oddział / nr historii choroby:

(wypełnić w razie braku etykiety z danymi pacjenta)



OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

Samodzielny Publiczny
Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej
im. Dr. J. Daaba
41-940 Piekary Śl. ul. Bytomska 62
Szpital Specjalistyczny
k.(I):000000013304 k.(V):01

Przed znieczuleniem



ROZPOCZĘCIE

Data operacji:

☐ Pielęgniarka potwierdziła tożsamość pacjenta

Oznaczono miejsce operowane: ☐ Tak ☐ Nie

Podpis i pieczęć
pielęgniarki anest.

Tryb wykonania operacji:

☐ Planowy ☐ Nagły – pilny ☐ Przyspieszony

☐ Operator potwierdził:

- tożsamość pacjenta
- miejsce operowane
- procedurę operacyjną
- zgodę na operację

Ryzyko krwawienia: >500 ml u dorosłych
> 7ml / kg m.c. u dzieci

☐ Tak, zabezpieczono płyny i preparaty krwiotropowe
☐ Nie

☐ Anestezjolog potwierdził:

- tożsamość pacjenta
- rodzaj znieczulenia

☐ Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia

☐ Zapewniono monitorowanie: EKG, pulsoksymetrii,
ciśnienia tętniczego krwi, kapnometrii

Alergie: ☐ Nie ☐ Tak (jakie?.....)

Przewiduje się trudności w utrzymaniu drożności dróg
oddechowych

☐ Tak – zapewniono właściwy sprzęt
☐ Nie

W razie zabiegu w zn. miejscu – wypełnia pielęgniarka operacyjna

Przed nacięciem



ODLICZANIE

Członkowie zespołu operacyjnego znają wzajemnie
swoją tożsamość oraz funkcję w zespole operacyjnym

☐ Tak
☐ Nie – przedstawiono członków zespołu ☐ Tak ☐ Nie

Piel. operacyjna potwierdziła właściwy zestaw narzędzi

☐ Tak ☐ Nie dotyczy

Określono możliwe odstępstwa od zaplanowanej
procedury operacyjnej w szczególności.: zmiana typu lub
techniki operacji, wydłużenie czasu operacji, zmiana
rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie
lub zmiana zestawu narzędzi:

przez piel. operacyjną ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

przez anestezjologa ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

przez operatora ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

☐ Operator, anestezjolog, pielęgniarka anestezjol. i
pielęgniarka operacyjna potwierdzili:

- tożsamość pacjenta
- miejsce operowane
- procedurę operacyjną

☐ Operator potwierdził właściwe ułożenie pacjenta

Przygotowano wyniki badań obrazowych

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano i udokumentowano okołoooperacyjną
profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed operacją

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową

☐ Tak (data i godzina:)
☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zanim pacjent opuści blok operacyjny

ZAKOŃCZENIE

☐ Zespół oper. potwierdza nazwę wykonanej procedury

Pielęgniarka operacyjna potwierdza zgodność liczby
użytych narzędzi i materiałów

☐ Tak ☐ Nie dotyczy

Oznaczono materiał pobrany do badań

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Podpis i pieczęć
pielęgniarki operac.:

Ze strony anestezjologicznej:

- wystąpiły powikłania w trakcie znieczul ☐ Tak ☐ Nie
- wystąpiły problemy ze sprzętem
lub trudności techniczne ☐ Tak ☐ Nie
- określono ew. problemy pooperacyjne ☐ Tak ☐ Nie
- wypisano zlecenia pooperacyjne ☐ Tak ☐ Nie
- udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed
przekazaniem z bloku operac. do oddziału
pooperacyjnego albo sali pooperacyjnej ☐ Tak ☐ Nie

Podpis i pieczęć
anestezjologa:

Ze strony operatora:

- wystąpiły powikłania w trakcie operacji ☐ Tak ☐ Nie
- wystąpiły problemy ze sprzętem
lub trudności techniczne ☐ Tak ☐ Nie
- określono ew. problemy pooperacyjne ☐ Tak ☐ Nie
- wypisano zlecenia pooperacyjne ☐ Tak ☐ Nie

Podpis i pieczęć
operatora /
koordynatora karty: